

Vortragsabend

der Akademie der Wissenschaften zu Göttingen
in der Vertretung des Landes Niedersachsen beim Bund in Berlin

Wer steuert das deutsche Gesundheitswesen?

KLAUS-DIRK HENKE

16. Oktober 2012

1. Einleitung

So verständlich die Fragestellung „Wer steuert das deutsche Gesundheitswesen?“ auch sein mag, so schwierig ist ihre Beantwortung. Am Beispiel einer Begriffsfindung für das Gesundheitswesen und anhand einer quantitativen Erfassung des Gesundheitswesens sei diese Einschätzung der Frage einführend im zweiten Abschnitt erläutert.

Daran anschließend soll im dritten Abschnitt gefragt werden, „wo“, d.h. auf welcher Ebene, „was“ gesteuert wird. In diesem Teil steht also nicht nur der Gegenstand einer Steuerung zunächst einmal im Vordergrund, sondern auch die Vielzahl der Akteure auf den unterschiedenen fünf Ebenen.

Auf dieser Grundlage gibt es im vierten Kapitel eine erste und eine zweite Antwort auf die Themenfrage „Wer steuert das deutsche Gesundheitswesen?“ Dazu gehören neben den Akteuren auch die politischen Gegebenheiten, der Einfluss der Verbände und sonstige das Gesundheitswesen „treibende Kräfte“, die sich zwar nicht personifizieren lassen, aber dennoch steuernde Wirkungen ausüben.

Im fünften und abschließenden Teil werden neue Wege einer Steuerung skizziert – und zwar nicht des Gesundheitswesens, sondern der Gesundheit selbst. Dazu ist allerdings ein neues Verständnis von Gesundheit erforderlich. „Gesundheit neu denken“ wäre dementsprechend Gegenstand und Ziel der Steuerung aller beteiligten und betroffenen Akteure innerhalb und vor allem außerhalb des expliziten deutschen Gesundheitswesens.

2. Definitionen und quantitative Erfassung des Gesundheitswesens

In Bezug auf die Definition des Begriffs „Gesundheitswesen“ und seiner Abgrenzung ist lediglich unstrittig, dass es sich um einen weiten Bereich im Staat, in der Wirtschaft und der Gesellschaft handelt, der die Krank-

heitsprävention, die Krankenversorgung, die Rehabilitation und die Pflege sowie viele weitere Formen des expliziten Umgangs mit der Krankheit und der Gesundheit umfasst. Darüber hinaus schließt das Gesundheitswesen jedoch implizit die gesundheitsrelevanten Aktivitäten außerhalb des Versorgungssystems, z. B. relevante Anteile von Bildung, Forschung, Wirtschaft etc. mit ein. Auch der informelle Sektor ist mittels innerfamiliärer, nachbarschaftlicher Hilfe und ehrenamtlicher Leistungen ein stützender und an Bedeutung gewinnender Teil des Gesundheitswesens¹.

Eine statistisch-zahlenmäßige Erfassung der expliziten und impliziten Abgrenzung des Gesundheitswesens einschließlich des informellen Sektors liegt bislang nicht vor. Folgt man der Gesundheitsberichterstattung des Statistischen Bundesamtes, so ergibt sich anhand der dort unterschiedenen acht Ausgabenträger die in Abbildung 1 wiedergegebene Höhe der gesamten Gesundheitsausgaben und ihrer Struktur im Jahr 2010. In der unteren Hälfte sind die zu den einzelnen Ausgabenträgern gehörigen Finanzierungsformen in ihrer Unterschiedlichkeit ergänzt.

Ohne sogleich nach der Steuerung des Gesundheitswesens mit seinen Akteuren zu fragen, stellt die Abbildung zunächst einmal eine institutionelle Differenzierung des Gesundheitswesens dar, in der z. B. die private und die gesetzliche Krankenversicherung unterschiedliche Rahmenbedin-

Ausgabenträger insgesamt 287,3 Mrd. Euro (2010), 100%							
1	2	3	4	5	6	7	8
Private Haushalte	Private Krankenversicherung	Gesetzliche Krankenversicherung	Gesetzliche Rentenversicherung	Soziale Pflegeversicherung	Gesetzliche Unfallversicherung	Arbeitgeber	Öffentliche Haushalte
38,96 Mrd.	26,77 Mrd.	165,55 Mrd.	4,05 Mrd.	21,54 Mrd.	4,61 Mrd.	11,98 Mrd.	13,82 Mrd.
13,6%	9,3%	57,6%	1,4%	7,5%	1,6%	4,2%	4,8%
Finanzierungsformen							
Selbstbeteiligung und private Ausgaben	Risiko-äquivalente Prämien	Sozialabgaben (Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge)			Sozialabgaben (Arbeitgeberbeiträge)	Lohnfortzahlung	Öfftl. Einnahmen insb. Steuern

Abbildung 1: Die Gesundheitsausgaben Deutschlands im Jahre 2010 und ihre Finanzierung. Quelle: Statistisches Bundesamt; Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes (2012).

¹ Siehe MetaForum „Innovation für mehr Gesundheit“ (2009).

gungen aufweisen und voneinander abweichenden organisationsinternen und -externen Steuerungsmechanismen unterliegen. Schließt man die Gesetzliche Unfallversicherung und die Rehabilitationsleistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung noch mit ein, entfallen fast drei Viertel aller Gesundheitsausgaben auf die Absicherung des Krankheitsrisikos und die Behandlung von Versicherten und Patienten.

Eine ähnliche Unterschiedlichkeit der Rahmenbedingungen gilt auch für die Finanzierungsformen, z. B. in Bezug auf die privaten und öffentlichen Haushalte. Im ersten Fall handelt es sich um individuelle Konsumausgaben, im anderen Fall um Staatsausgaben. Deren jeweilige Höhe ergibt sich ebenfalls durch die zugrunde liegenden Steuerungsmechanismen: Gedacht sei hier u. a. an die gesetzliche Festlegung von privaten Zuzahlungen bei Arzneimitteln, die Festlegung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung, dessen ausgeschlossene Leistungen möglicherweise als IGeL-Leistungen bei den privaten Gesundheitsausgaben im sog. Zweiten Gesundheitsmarkt wieder auftauchen. Weiterhin sei an die Festlegung der allgemeinen Deckungsmittel für den Bundeszuschuss in den Gesundheitsfonds erinnert und an die Krankenhausinvestitionen der Bundesländer.

Neben einer Definition und statistischen Abgrenzung des Gesundheitswesens im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Statistischen Bundesamtes soll mit Hilfe von wenigen empirischen Aussagen der quantitative Hintergrund aufgehellert werden, vor dem die Steuerungsfragen im Gesundheitswesen gesehen werden können.

Die Abbildung 2 zeigt zunächst einige Details zu den gut 2000 Krankenhäusern mit unterschiedlichen Trägerstrukturen und den über 18 Millionen Behandlungsfällen im Jahr. Hierzu gehört eine vielschichtige Mitarbeiterstruktur. Auch der dazugehörige Arbeitsmarkt macht deutlich, dass im stationären Bereich wiederum die Rahmenbedingungen und die Steuerungsmechanismen im Vergleich zu anderen Bereichen im Gesundheitswesen unterschiedlich ausfallen. Öffentliche und private Krankenhäuser unterscheiden sich durch ihre Eigentümer und unterliegen unterschiedlichen Zielen, auch wenn sie zusammen mit den gemeinnützigen Häusern durch die im Grundsatz gleiche Krankenhausbedarfsplanung der sechzehn Bundesländer gesteuert werden. Die duale Krankenhausfinanzierung, also die Trennung von Krankenhausinvestitionen der Länder von der Finanzierung der laufenden Betriebskosten über die Krankenversicherungen, ist Gegenstand der Steuerung im Gesundheitswesen. Im Bereich der Pflege ist ebenfalls eine differenzierte Betrachtung erforderlich; hier gibt es derzeit und vor allem in der Zukunft erhebliche Engpässe an Fachkräften, die es

2011

- 2.041 private, öffentliche und gemeinnützige Krankenhäuser mit
- 138.647 ärztlichen Vollkräften und
- 700.647 Vollkräften im nicht-ärztlichen Bereich und
- 18,3 Mio. stationären Behandlungsfällen
(Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft)
- 344.400 Personen in nicht-ärztlichen Berufen im Pflegebereich (Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen, Helfer in der Krankenpflege, Altenpfleger, Masseur, Krankengymnasten, Sprechstundenhelfer, Medizinallaboranten, Heilerziehungspfleger und Heilpädagogen)
(Angaben WifOR)
- 155.780 niedergelassene Haus- und Fachärzte
(Angaben der KBV)

2009

Anteile der Gesundheitswirtschaft an der Gesamtwirtschaft:

- 10,7 % Anteil am Sozialprodukt (229,44 Mrd. Euro)
 - 7,3 % Anteil am Export (69,51 Mrd. Euro)
 - 14,2 % Anteil an der Beschäftigung (5,59 Mio. Erwerbstätige)
(Angaben WifOR)
-

Abbildung 2: Weitere Zahlen zur Größenordnung des Gesundheitswesens

angesichts der demografischen Entwicklung zu bewältigen gilt². Auch hier liegen vielfältige Herausforderungen, die einer Steuerung bedürfen.

Schließlich zeigen die Zahlenangaben zur Gesundheitswirtschaft, die auf der Grundlage der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen erhoben werden können, dass das Gesundheitswesen nicht immer nur anhand der Ausgaben und des Personals beurteilt werden sollte und dann meist als Kostenfaktor mit den dazugehörigen negativ eingeschätzten Lohnnebenkosten. Vielmehr sind es Angaben zu einem Wirtschaftssektor, dessen Beitrag zur Wertschöpfung, zum Export und zur Beschäftigung sowie anderen ökonomischen Kennziffern in dieser Höhe in anderen Branchen derzeit kaum erreicht wird. Hier kann nach der Steuerung eines Wirtschaftssektors im Sinne einer Gesundheitswirtschaftspolitik gefragt werden³.

² Siehe hierzu Burkhart, M./Ostwald, D.A./Ehrhard, T. (2012): 112 – und niemand hilft, herausgegeben von PricewaterhouseCoopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (PwC) in Kooperation mit dem Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR sowie BMWI (Hrsg.) (2012): Chancen zur Gewinnung von Fachkräften in der Pflegewirtschaft. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie.

³ Siehe hierzu im Einzelnen Henke, K.-D., Ostwald, D. Gesundheitssatellitenkonto – Der erste Schritt, in: Lohmann, H., Preusker, U., (Hrsg.), Gesundheitswirtschaftspolitik – Frischer Wind durch neues Denken, Heidelberg 2012 und dies. Das Gesundheitssatellitenkonto – Der zwei-

Nach diesem eher einleitenden Abschnitt zur Abgrenzung des Gesundheitswesens und seiner quantitativen Erfassung ergab sich ein erster nur cursorischer Überblick über unterschiedliche Dimensionen, Ebenen und Formen der erforderlichen Steuerung im Gesundheitswesen. Sie sollen nunmehr systematischer anhand fünf unterschiedlicher Ebenen in den Vordergrund gerückt werden.

3. Ebenen und Gegenstand einer Steuerung des Gesundheitswesens

Bei der Steuerung des Gesundheitswesens „von oben“ sollen zwei Ebenen voneinander getrennt werden (siehe Abbildung 3). Auf der ersten Ebene geht es zunächst um die Allokation der volkswirtschaftlichen Ressourcen insgesamt. Auf dieser Ebene lautet die Steuerungsfrage, wie der Einsatz von Ressourcen so gestaltet werden kann, dass die Wohlfahrt oder der Nutzen für die Volkswirtschaft am höchsten ist. Ist es die Bildung, Wissenschaft und Forschung, der Klimaschutz, die Entwicklungshilfe, die Gesundheit oder die Verteidigung, um einige Beispiele herauszugreifen, die den größten Beitrag zum Gemeinwohl einer Gesellschaft leisten und ggfs. in welcher Art, Höhe und Struktur. Im Rahmen dieser übergreifenden Makrosteuerung einer Volkswirtschaft gibt es kaum valide bzw. empirisch fundierte Aussagen. Die Verteilung entwickelt sich vielmehr im historischen Zeitablauf im Kontext einer parlamentarischen Demokratie, deren Wesenselement wechselnde Regierungen und Kompromisse in der politischen Willensbildung sind.

In der Abbildung 3 zeigt ein Blick auf die Allokation für das Gesundheitswesen insgesamt und seine Struktur auf der Ebene 2 das dazu gehörige Steuerungsziel Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit. Eine fundierte Antwort für eine bestmögliche Steuerung der knappen Ressourcen ist ebenfalls nur begrenzt möglich. Sicher ist, dass es auf der Ebene 1 keine wissenschaftlich ableitbare optimale Gesundheitsquote gibt. In der gesundheitspolitischen Diskussion stehen zwar Begriffe wie

- der Anteil der Gesundheitsausgaben in unterschiedlicher Abgrenzung am Sozialprodukt,
- die Gesundheitsausgaben pro Kopf der Versicherten,
- die Höhe der Beitragssätze in der Sozialversicherung oder
- die Höhe der Prämienzahlungen in der privaten Krankenversicherung

te Schritt: Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte der regionalen Gesundheitswirtschaft, erscheint in E.-W. Luthe/John N. Weatherly (Hrsg.), Kommunale Gesundheitslandschaften.

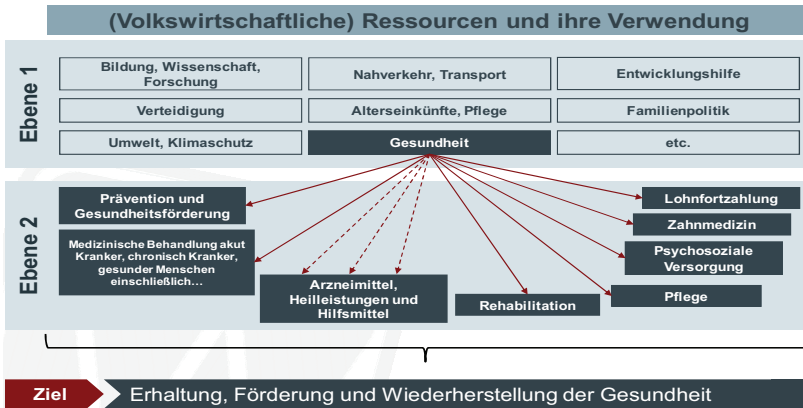


Abbildung 3: Steuerung „von oben“ auf zwei unterschiedlichen Ebenen. Quelle: Eigene Darstellung.

im Vordergrund, wenn über vermeintlich zu hohe Gesundheits„kosten“ geklagt wird. Nur sind diese Angaben als Grundlage einer Steuerung der Gesundheit wenig aussagekräftig. Aufschlussreich wäre eine Gesundheitsfolgenabschätzung in alternativen Verwendungen der knappen Mittel. Auf der obersten Ebene könnten z. B. Bildungsausgaben den Gesundheitsausgaben gegenübergestellt werden, wobei in beiden Fällen eine weitere Differenzierung für eine empirisch valide Vergleichsrechnung ihrer unterschiedlichen Gesundheitswirksamkeit erforderlich wäre⁴.

Auf der Ebene 2 kann innerhalb der funktionalen Differenzierung der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung nach Verwendungszwecken unterschieden werden. Dort steht nicht nur die Prävention und Gesundheitsförderung der medizinischen Behandlung einschließlich Arzneimitteln, Heilleistungen und Hilfsmitteln gegenüber, sondern auch die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall neben der Pflege, der psychosozialen Versorgung und Rehabilitation sowie der Zahnmedizin.

Zum Steuerungsgegenstand der medizinischen Behandlung akut Kranker, chronisch Kranker und gesunder Menschen gehören auf einer mittleren Aggregationsebene auch Art, Umfang und Struktur von sektoral oder regional zu erbringenden Leistungen. Sie umfasst einerseits u.a. die am-

⁴ Siehe zur Gesundheitsfolgenabschätzung MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit e.V., Gesundheit neu denken, Fragen und Antworten für ein Gesundheitssystem von morgen, Berlin 2013.

bulante und stationäre Versorgung und andererseits unterschiedlich abzugrenzende Gesundheitsregionen, z.B. Euregios.

Auf dieser mittleren Ebene agieren unterschiedliche Entscheidungsträger, wobei hinsichtlich der ambulant-ärztlich erbrachten Leistungen die soziale Selbstverwaltung, z. B. in Form der kassenärztlichen Vereinigungen, im Zentrum steht.

Hinsichtlich einer bestmöglichen Verwendungsstruktur sollten die knappen Ressourcen dort investiert werden, wo sie am meisten zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen. Oder mit anderen Worten: Ressourcen wären so lange umzuschichten, bis sie in allen Verwendungen das höchste Gemeinwohl bzw. am meisten Nutzen erzielen, eine idealtypische Vorstellung, die sich nur in Ausnahmefällen in eine empirisch fundierte Gesundheitspolitik umsetzen lässt. Übertragen auf die Steuerung wäre danach eine gesundheitspolitische Reform effizient, wenn alle machbaren Verbesserungen ausgeschöpft wären⁵.

Um einen weiteren Steuerungsgegenstand handelt es sich auf der mittleren Ebene bei den Krankheiten und deren Behandlung. Innerhalb der internationalen Klassifikation von Krankheiten ist ein möglicher Steuerungsgegenstand die Schwerpunktbildung (siehe Abbildung 4). Welche Krankheiten sollen angesichts knapper finanzieller und personeller Ressourcen im Vordergrund stehen?

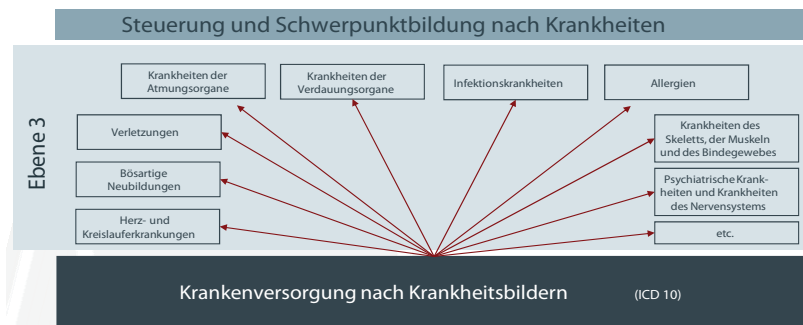


Abbildung 4: Steuerung nach Krankheiten auf einer mittleren Ebene. Quelle: Eigene Darstellung

⁵ Siehe Williamson, Oliver E., The New Institutional Economics: Taking Stock, Looking Ahead, in: Journal of Economic Literature, 2000, S. 601. Dort heißt es „... an organization for which no superior feasible alternative can be described and implemented with expected net gains is presumed to be efficient“.

Angesichts der Zunahme an chronischen Krankheiten und anderer Veränderungen im Krankheitsspektrum aufgrund der demografischen Entwicklung stehen hier schwierige Steuerungsentscheidungen an, die nicht explizit erfolgen. Soll nach dem Nutzen bzw. der Wohlfahrt der Gesellschaft entschieden werden oder angesichts der Notlage von Individuen und von Bevölkerungsgruppen mit bestimmten Krankheitsbildern? Eine Form der Steuerung stellen regionale Versorgungsnetzwerke und Kompetenzzentren mit unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen und Forschungsschwerpunkten dar. In diesem Zusammenhang spielt auch die Verwendung der Ressourcen für Bildung, Wissenschaft und Forschung eine besondere Rolle.

Nicht zuletzt steht bei einer Steuerung von „unten nach oben“ der Versicherte und der Patient mit seinen Angehörigen im Vordergrund einer vierten Steuerungsebene. Auf dieser vierten Ebene geht es um den Schutz vor und bei Krankheiten im Rahmen einer gesetzlichen Versicherungspflicht. Private und gesetzliche Krankenversicherungen stehen hier zur Verfügung, wenn auch nicht für jeden zu versichernden Menschen mit den gleichen Auswahlmöglichkeiten⁶. Hier geht es um Umfang und Struktur der erstattungsfähigen Leistungen. Steuerungsbedarf ergibt sich in diesem Bereich auch bei unzureichender Verfügbarkeit oder mangelnder regionalen Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen. Steuerungsgegenstand ist also die Absicherung des Krankheitsrisikos im weitesten Sinne durch die individuelle Nachfrage im jeweils vorgegebenen Rahmen. Zu dieser Nachfrage gehört angebotsseitig auch die vertragsärztliche und stationäre Bedarfsplanung, deren Steuerungsziel u. a. darin besteht, die Erreichbarkeit und Qualität von Gesundheitsleistungen sicher zu stellen.

Ohne gesetzliche Vorgaben und Kooperation mit Organen der sozialen Selbstverwaltung kommt es auf der untersten Ebene 5 auch zu Gesundheitsausgaben durch Kaufentscheidungen privater Haushalte im Rahmen der individuellen Lebensführung. Neben den privaten Konsumausgaben gehört auch der Abschluss von Zusatzversicherungen dazu. Dieser sog. Zweite Gesundheitsmarkt expandiert seit vielen Jahren. In all diesen Fällen handelt es sich um private Konsumausgaben, die marktlichen Steuerungsbedingungen unterliegen. Hierzu zählen auch die nicht erstattungsfähigen Produkte und Leistungen, die in der Apotheke „over the counter“ (OTC) oder beim niedergelassenen Arzt in der Praxis (IGeL) erworben werden.

⁶ Siehe im Einzelnen Henke, K.-D. (2007), Zur Dualität von GKV und PKV, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Bd. 227, Heft 5/6, S. 502–528.

Angesichts der fünf Ebenen mit ihren unterschiedlichen Steuerungsgegenständen bleibt die Frage, wer sich ihrer Steuerung annehmen soll. Damit leitet die Beschreibung des „Wo“ und „Was“ einer Steuerung auf den unterschiedenen Ebenen mit den jeweiligen Gegenständen über zu der Frage, wer in einer Gesellschaft diese vielfältigen Aufgaben und Ziele verwirklichen soll. Aufgrund der unterschiedlichen Steuerungsgegenstände auf allen Ebenen weichen auch die Steuerungsziele und die Steuerungsmöglichkeiten und -instrumente voneinander ab.

4. Wer steuert das Gesundheitswesen?

4.1 Eine erste Antwort: Der Staat, Personen, Institutionen, Kommissionen

Eine erste übergreifende Antwort auf die Frage, wer auf welcher Ebene und innerhalb der Ebenen das Gesundheitswesen steuert, ergibt sich aus folgender Aufzählung, die nicht nur das Parlament und die Gesetzgebung umfasst⁷.

- Bund, Länder und Gemeinden durch Exekutive und Legislative (z.B. Reformen, Verordnungen, Sicherstellungsauftrag in der stationären Versorgung durch die Länder)⁸
- die Selbstverwaltung der Krankenkassen und Ärzte (z.B. Sicherstellungsauftrag in der ambulanten ärztlichen Versorgung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung)
- der Rechtsrahmen, vor allem die Sozialgesetzgebung
- die Ärzte und Vertreter anderer Heilberufe
- die Versicherten
- die Patienten mit ihren Angehörigen
- Selbsthilfegruppen
- öffentliche Institutionen wie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IGWiG) oder der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)

⁷ Siehe in diesem Kontext auch Martiny, Anke, Wer steuert Deutschlands Gesundheitswesen? Nur Blauäugige glauben, es seien Parlamente und Gesetzgebung, in: Lief, Thomas/Späth, Rudolf, (Hrsg.), Die fünfte Gewalt – Lobbyismus in Deutschland, Bundeszentrale für politische Bildung, Band 514, Bonn 2006, S. 221–235.

⁸ Seit Gründung der Bundesrepublik gab es mehr als 80 Gesetze, bei denen das Bundesministerium für Gesundheit die Federführung hatte, davon allein zwischen 1977 und 2000 mehr als 46 Gesetze mit über 6800 Einzelbestimmungen und Verordnungen (Quelle: BMG). Diese Interventionspirale beeinträchtigt einerseits die Systemhaftigkeit im Gesundheitswesen und ist andererseits der Preis unserer parlamentarischen Demokratie.

- Sachverständige, Kommissionen, Gutachter, Fachgesellschaften, Forschungsinstitute, etc.
- Verbände

Es handelt sich um eine große Anzahl von Institutionen, Fachgesellschaften, Gutachtern und Kommissionen, die in Wahrnehmung verschiedenster Aufgaben und Interessen die Ausgestaltung des Gesundheitswesens auf den unterschiedlichen Ebenen steuern oder beeinflussen. Hinzu kommen Personengruppen (z. B. Sozialhilfegruppen), einzelne Akteure und Vertreter einer Vielzahl von Verbänden.

Zu guter Letzt geht es in diesem Kontext auch um die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen allgemein und in dessen einzelnen Segmenten oder Institutionen, z. B. der Gesetzlichen Krankenversicherung⁹. Wer entscheidet über die Allokation der stets zu knappen Ressourcen: das Individuum, die Experten, die gesetzliche Krankenversicherung, der Staat, mehr Wettbewerb oder mehr Planung?

4.2 Eine zweite Antwort: Professionalität, Eigennutzstreben, Interessenvielfalt, Gegebenheiten und „treibende Kräfte“

Zu der ersten Antwort gehört ein weiterer Erklärungsansatz, der über die eher formal-funktionale Beschreibung der Träger einer Steuerung des Gesundheitswesens hinausgeht und

- das Vorteils- bzw. Eigennutzstreben (rent-seeking) der Akteure im Gesundheitswesen,
- die Theorie der Stimmenmaximierung, der Wiederwahl und des Machterhalts,
- das Gewinnstreben der Industrie,
- die asymmetrischen Informationen und moral hazard in der Krankenversicherung sowie
- das Beharrungsvermögen des Status Quo

mit einbezieht. Das sei beispielhaft anhand der Abbildung 5 aufgezeigt. Dort zeigt sich auf der linken Seite die Interessenvielfalt der einzelnen Per-

⁹ Siehe Jahresgutachten 2012/2013 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, BTDr 17/11440 vom 12.11. 2012, S. 350 – 373, und Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012, Kurzfassung, sowie MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit, (Hrsg.), Gesundheit neu denken in Fragen und Antworten für ein Gesundheitssystem von morgen, im Druck.

Interessenvielfalt	Die Gegebenheiten
<ul style="list-style-type: none"> » Einzelner Personen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten mit ihren Angehörigen, Ärzte und Vertreter anderer Heilberufe ▪ Politiker (u.a. Abgeordnete, Fraktionsvorsitzende, Kabinettsmitglieder) 	<ul style="list-style-type: none"> » Die wirtschaftliche Lage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Boom, Rezession ▪ Markt/Wettbewerb oder zentrale/öffentliche Planung
<ul style="list-style-type: none"> » Von Sachverständigen unterschiedlicher Disziplinen, » medizinischer Fachgesellschaften, • In der jeweiligen Bundesregierung 	<ul style="list-style-type: none"> » Agendasetting durch Interessenverbände, Journalismus/ Medien » Zufall / Glück / Beziehungen / Geld / Stand / Herkunft

Abbildung 5: Interessenvielfalt und Gegebenheiten im Gesundheitswesen. Quelle: Eigene Darstellung

sonen (Patienten, Ärzte und Vertreter anderer Heilberufe), der Experten aus unterschiedlichen Gremien und der jeweiligen Bundesregierung.

Die Versicherten mit ihren wachsenden Ansprüchen wünschen sich einen umfassenden Katalog an erstattungsfähigen Leistungen bei möglichst niedrigen Beitragssätzen und suchen schnelle und umfassende Hilfe für sich als Patienten. Vorhandene und zum Teil unvermeidbare Informationsasymmetrien erschweren ihre Mündigkeit und schränken ihre Autonomie ein. Die Ärzte und Vertreter anderer Heilberufe haben neben ihrer beruflichen Professionalität und der bestmöglichen Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen auch ein Einkommensinteresse. Politiker, z. B. als Abgeordnete, Fraktions-, Parteivorsitzende oder Kabinettsmitglieder, wünschen eine gute Versorgung der Bevölkerung, denken aber auch an ihre Wiederwahl und den Machterhalt in der Politik, während die Unternehmen der Gesundheitsindustrie, z. B. in der Medizintechnik oder der forschenden Pharmaindustrie, durch ihr Gewinnstreben charakterisiert werden können.

Sachverständige in unterschiedlichen Disziplinen sowie die Vielzahl der medizinischen Fachgesellschaften können z. B. durch Stellungnahmen in Gesetzgebungsverfahren eine steuernde Wirkung entfalten¹⁰. Da-

¹⁰ Zum Einfluss der Verbände siehe Zimmermann, H., Henke, K.-D., Broer, M., Finanzwissenschaft – Eine Einführung in die Lehre von der öffentlichen Finanzwirtschaft, 11. Aufl., München 2012, S: 85ff; siehe zum Lobbying diverse Beiträge im CEDifo- DICE REPORT, Volume 9, Nr. 1, Spring 2011, S. 3–20 sowie Leif, T., Speth, R., (Hrsg.), Die fünfte Gewalt – Lobbyismus in Deutschland, Bonn 2006 und die darin enthaltenen Beiträge von Martiny, A.,

bei kommt es gewöhnlich zu einer großen Vielfalt an Vorschlägen aus den unterschiedlichen wissenschaftlichen Fachdisziplinen (Medizin, Rechtswissenschaft, Ökonomie, Public Health etc.).

Angesichts der Vielzahl der Verbände im Gesundheitswesen (etwa 3500 bei etwa 600 Mitarbeitern im Bundesministerium für Gesundheit; Stand 2011) muss auch die Nutzenmaximierung für deren Mitglieder in die Steuerung im Gesundheitswesen einbezogen werden¹¹. Für die einzelne Interessengruppe lohnen sich die Lobby-Ausgaben so lange, wie der aus der Einflussnahme erzielte Gewinn größer ist als die eingesetzten Ressourcen für die Verbandsarbeit. Gesamtwirtschaftlich kommt dieser Aufwand jedoch oft einer Verschwendung von Ressourcen gleich.

Zu den wechselnden Gegebenheiten, die auf der rechten Seite der Abbildung 5 exemplarisch aufgeführt sind, zählt die jeweils vorherrschende wirtschaftliche Lage, die implizit die Finanzlage der Gesundheitswirtschaft generell und die der gesetzlichen Krankenkassen im Speziellen beeinflusst. Damit verbunden sind auch Art, Umfang und die Struktur der gesundheitspolitischen Steuerung über zentrale öffentliche Planung und durch einen funktionsfähigen Wettbewerb, wobei in der Realität Elemente von beiden Koordinationssystemen in unterschiedlichem Ausmaß durch wechselnde Regierungen eingesetzt werden¹².

Nicht zu unterschätzen ist die steuernde Wirkung der journalistischen Berichterstattung in den verschiedenen Medien. Durch das sog. Agenda-setting kommen oft auch ungewöhnliche Themen auf die Tagesordnung¹³. Darüber hinaus gibt es auch Momente des Zufalls und des Glücks, aber auch Katastrophen, die das Leistungsgeschehen steuern. In diesem Kontext bekommen bestimmte Krankheiten mehr Aufmerksamkeit als andere, was sich z. B. im jeweiligen Spendenaufkommen niederschlagen kann.

Schließlich werden die Geschwindigkeit und das Ausmaß von Veränderungen vom sog. Beharrungsvermögen des Status Quo mitbestimmt. Die

Wer steuert Deutschlands Gesundheitswesen? Nur Blauäugige glauben, es seien Parlament und Gesetzgebung, S. 221–235 und von Jantzer, M., Pharmabranche und Funktionäre bestimmen die Gesundheitspolitik, S. 236–251.

¹¹ Siehe zum Lobbyismus im Gesundheitswesen Martiny, A., aaO, S.226 ff und Jantzer, M., Pharmabranche und Funktionäre bestimmen die Gesundheitspolitik, in: Lief, Thomas/Späth, Rudolf, (Hrsg.), Die fünfte Gewalt – Lobbyismus in Deutschland, Bundeszentrale für politische Bildung, Band 514, Bonn 2006, S. 236–251.

¹² Siehe hierzu beispielhaft Wasem, Jürgen u. Greß, Stefan: Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit. In: Schmidt, G. (Hrsg.): Bundesrepublik 1982–1989. Finanzielle Konsolidierung und institutionelle Reform. Band 7.1. der Schriftenreihe Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Nomos, Baden-Baden 2005, 392–416.

¹³ Siehe hierzu Kurt Imhof, (Hrsg.), Mediengesellschaft: Strukturen, Merkmale, Entwicklungsdynamiken, Wiesbaden 2004.

beteiligten Akteure fragen sich, wie ihre Vermögens- und Nutzenposition nach einer Reform verändert wird. Dabei wird den im Besitz befindlichen Gütern und Leistungen (endowment) ein höherer Nutzen beigemessen als denselben Gütern und Dienstleistungen vor dem Besitz. Durchgesetzte Reformen erhalten bei einer Übertragung dieses Gedankens auf das Gesundheitswesen eine höhere Zustimmung als ihr Entwurf. Als Beispiel kann der Gesundheitsfonds in der GKV herangezogen werden.

5. Gesundheit als Gegenstand und Ziel der zukünftigen Steuerung

Im Vordergrund standen in den vorhergehenden Abschnitten die Steuerungsgegenstände auf den fünf unterschiedenen Ebenen, also:

- die Makroentscheidungen oberhalb des Gesundheitswesens,
- die Allokation der stets als zu knapp empfundenen Ressourcen innerhalb des Gesundheitswesens,
- die Schwerpunktbildung im Krankheitsspektrum,
- die Absicherung des Krankheitsrisikos und Versicherungsschutz sowie
- die Konsumententscheidungen im Zweiten Gesundheitsmarkt.

Auf diesen Ebenen und in deren Bereichen steuern nicht nur einzelne Personen. Der Staat sorgt u.a. für die Rahmenbedingungen und erforderlichen Aufsichtsorgane. Institutionen der verschiedensten Art nehmen Einfluss. Auch von den Fachgesellschaften, den Sachverständigenräten und den Kommissionen geht durch die Wahrnehmung ihrer Aufgaben ein expliziter oder oft nur impliziter Einfluss auf die Ausgestaltung des Gesundheitswesens auf den unterschiedenen Ebenen aus. Hinzu treten, wie dargestellt wurde, die Professionalität, das Eigennutzstreben und die Interessen aller Akteure im Gesundheitswesen, aber auch eine Fülle von dem Gesundheitswesen übergeordneten, teils nicht beeinflussbaren Gegebenheiten.

Abschließend soll nach einem übergreifenden Ziel für alle Beteiligten und Betroffenen im Gesundheitswesen gefragt werden, einem Ziel, an dem sich alle Akteure ausrichten können bzw. sollten. Aus Abbildung 6 geht hervor, dass die starke Inputorientierung, die kostenseitige Betrachtung des Gesundheitswesens, seine Fragmentierung, die starke Dominanz der öffentlichen Finanzierung obsolet geworden sind und durch eine neue Sichtweise ersetzt werden sollten¹⁴. In diesem Zusammenhang wird eine stärkere Ausrichtung des Gesundheitswesens an der Gesundheit selbst gefor-

¹⁴ Siehe hierzu MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit e.V., Gesundheit neu denken, Fragen und Antworten für ein Gesundheitssystem von morgen, Berlin 2013.

ALTES VERSTÄNDNIS

1. Zu viel Inputorientierung
2. Kostenfaktor zu oft im Vordergrund
3. Konsumausgaben
4. Fragmentierung, Silodenken zu sehr im Mittelpunkt und ohne Problemlösung
5. Gesundheitswesen bleibt quantitativ undefiniert
6. Öffentliche Finanzierung (Pflichtbeiträge) zu stark betont

NEUES VERSTÄNDNIS

1. Mehr Qualitäts- und Ergebnisorientierung im Zentrum
2. Mehr Wachstum, Lebensqualität und Beschäftigung (neue Berufe) einbeziehen
3. Höhere Investitionen in das Humanvermögen (Gesundheit und Bildung) ermöglichen
4. Gesundheit sollte in allen Lebensbereichen und lebenslang im Mittelpunkt stehen („Health in all Policies“)
5. (industrielle) Gesundheitswirtschaft als einen zentralen Wirtschaftssektor begreifen
6. Zweiten Gesundheitsmarkt als Teil der persönlichen Lebensführung akzeptieren

Abbildung 6: Gesundheit als Steuerungsziel: Ein neues Verständnis von Gesundheit.
Quelle: Eigene Darstellung

dert. Nicht allein die bestmögliche Behandlung von Krankheiten soll im Mittelpunkt stehen, sondern stärker als in der Vergangenheit vor allem die Gesundheit der Bevölkerung. Anstelle eines alten Verständnisses von Gesundheit soll ein neues Verständnis treten.

Alle Akteure im Gesundheitswesen sollten dementsprechend die Qualität der Versorgung und ihr Ergebnis ins Zentrum stellen und erkennen, dass das Gesundheitswesen kein Kostenfaktor ist, sondern eine vielversprechende Zukunftsbranche mit Wachstum und mehr Lebensqualität sowie neuen Berufen. Konsumausgaben im Gesundheitswesen sollten als Investitionen in das Humanvermögen einer Bevölkerung erkannt werden. Zusammen mit Bildung bestimmt die Gesundheit der Bevölkerung die zukünftige Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft. Die Gesundheitswirtschaft gilt als zentraler Wirtschaftssektor.

Schließlich – und damit wird wieder an die weite Definition des Gesundheitswesens aus der Einleitung angeknüpft – sollte die Gesundheit in allen Lebensbereichen und lebenslang im Vordergrund stehen, also nicht nur in den Bereichen, die sich explizit um die Behandlung von Krankheiten kümmern. Auf dem Wege zu einer neuen Steuerung der Gesundheit, abseits vom reinen Reparaturbetrieb, ist auch der zweite Gesundheitsmarkt als Teil der persönlichen Lebensführung zu akzeptieren.

Auf dem Wege zu einer offenen Gesundheitsgesellschaft müssen sich sicherlich gesetzliche und andere Rahmenbedingungen ändern, aber auch

die Rolle und Kooperation bestimmter Akteure, z. B. der Ministerien in Deutschland. Auch deren gesundheitsrelevante Aktivitäten sind unter dem Begriff „Health in all policies“ durch Innovationsplattformen zu koordinieren¹⁵.

Literatur

- Gethmann, C.-F. et al. (2005): Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems. Berlin: Akademie Verlag.
- Henke, K.-D. (Hrsg.) (2007): Gesundheitsökonomische Forschung in Deutschland. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Fraunhofer ISI (2009): Innovation für mehr Gesundheit: MetaForum „Innovation im Gesundheitswesen“ 2007–2009.
- Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.) (2009): Soziale Gesundheitswirtschaft: Ordnungsrahmen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem. Zukunftsforum Politik, Band 101.
- Kickbusch, I. (Hrsg.) (2009): Policy Innovation for Health. Berlin: Springer.
- Möbius, W. (2008): Menschlichkeit ist die beste Medizin – Ein Wegweiser für Patienten und Ärzte. München: Piper.
- Pies, I. (Hrsg.) (2009): Moral als Heuristik. Ordonomische Schriften zur Wirtschaftsethik. Berlin: wvb.
- Raspe, H. (2010): Priorisierung in der medizinischen Versorgung: Unabweisbare Aufgabe, unnützer Luxus oder Spiel mit dem Feuer? Eine sozialmedizinische Position, Bundesgesetzblatt 2010, elektronischer Sonderdruck 53.874-881. DOI 10.1007/s00103-010-1112-1.
- Raspe, H., Härter, M., Hart, D., Koch-Gromus, U., Pfaff, H., Schwartz, F. W., Siegrist, J., Wittchen, H. U. unter Mitarbeit von F. Wissing (2010): Versorgungsforschung in Deutschland: Stand – Perspektiven – Förderung. Stellungnahme. DFG. Weinheim: WILEY-VCH.
- Schumpelick, Volker und Bernhard Vogel (Hrsg.) (2008): Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb. Beiträge des Symposiums vom 27. bis 30. September 2007 in Cadenabbia. Freiburg: Herder, S. 299–312.
- Thaler, R. H. und Sunstein, C. H. (2010): Nudge: Wie man kluge Entscheidungen anstößt. Ullstein.
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2004): Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung. Schriftenreihe des BMF, Band 77.
- Zimmermann, H., Henke, K.-D., Broer, M. (2012): Finanzwissenschaft. Eine Einführung in die Lehre von der öffentlichen Finanzwirtschaft, 11. Auflage. München: Vahlen.

¹⁵ Siehe hierzu Kickbusch, I., Perspectives on health governance in the 21st century, in: Marinker, M., Hrsg., Health Targets in Europe, London 2002, S. 206–229 und dies. Die Gesundheitsgesellschaft, Gamburg 2006.